Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel. (Dir.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siemerling.)

Beitrag zur Lehre von der Melancholie.

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der hohen medizinischen Fakultät der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel vorgelegt

von Eduard Schlief, aus Soest i. W.
Feldhilfsarzt

Druck von Heinrich Buschmann, Münster i. W., Drubbel 17/18

Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel. (Dir.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siemerling.)

Beitrag zur Lehre von der Melancholie.

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der hohen medizinischen Fakultät der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel vorgelegt

von Eduard Schlief, aus Soest i. W.
Feldhilfsarzt.

Druck von Heinrich Buschmann, Münster i. W., Drubbel 17/18

Nr. 58.

Rektoratsjahr 1916/17

Ref.: gez. Siemerling.

Zum Druck genehmigt.

gez.: Siemerling,
z. Z. Dekan.

Meinem lieben Vater in Dankbarkeit.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153522_0248

Den Anschauungen früherer Zeiten entgegen, dass jede Psychose im Anfange ein melancholisches Stadium besitze, haben neuere Beobachtungen gelehrt, dass man die Depressionszustände als eine abgegrenzte, für sich charakterisierte Gruppe von Geisteskrankheiten betrachten muss. Völlige Klarheit und Uebereinstimmung besteht aber in dieser Beziehung noch nicht.

„Die Frage der Melancholie, obgleich so alt, wie die Psychiatrie überhaupt, ist auch heute weit davon entfernt, gelöst zu sein. Dieses Krankheitsbild, das wir uns gewöhnt haben, als eines der am besten gekennzeichneten unter allen Geistesstörungen anzusehen, erweist sich bei genauerer Betrachtung als ein Gemisch ganz verschiedenartiger Zustände, deren Scheidung in wirkliche Krankheitsvorgänge vom wissenschaftlichen und praktischen Standtpunkte aus die allergrössten Schwierigkeiten bereitet "

So urteilt Kraepelin in seinem Artikel „Ueber die klinische Stellung der Melancholiefrage".

Wir verstehen jetzt unter Melancholie — übrigens eine der am häufigsten vorkommenden Geisteskrankheiten — ein Krankheitsbild, dessen hauptsächlichste Symptome eine ungenügend motivierte traurige Verstimmung und Denkhemmung bildet, und in dessen Verlauf sich oft Wahnideen in dem Sinne der Minderwertigkeit und des Kleinheitswahns einzustellen pflegen.

Je nach dem Vorherrschen einfacher trauriger Verstimmung oder oft überaus starker Hemmung des Denkens und Wollens und den daraus resultierenden stuporösen Zuständen oder der mehr oder minder heftig auftretenden Angst mit Neigung zur Unruhe und Gewalttätigkeiten können wir vorwiegend drei verschiedene Arten der Melancholie unterscheiden:

1. Melancholia simplex.
2. Melancholia attonita sive cum stupore.
3. Melancholia agitata.

Unterziehen wir die Symptome der Melancholie einer näheren Betrachtung, so fällt uns vor allem die schwere innere Traurigkeit des Melancholikers in die Augen. Andauernde

schmerzliche Verstimmung, Missmut, trübe Laune, Niedergeschlagenheit, tiefe, innere Mutlosigkeit und Hoffnungslosigkeit sind die gewöhnlichsten Erscheinungsformen. Das Selbstbewusstsein des Kranken schwindet, je mehr die Krankheit vorschreitet. Das Gefühl innerer Leere herrscht in dem Kranken; er findet an nichts mehr Freude. Vorgänge, die sonst freudige Gefühle auslösen würden, werden mit Schwermut und tiefem Schmerze empfunden. Mit dem Gefühl wachsender Vereinsamung fällt das Interesse an den Erscheinungen und Vorgängen der Aussenwelt allmählich fort. Selbst gegen das, was ihm früher das Liebste war, Familie, Beruf und Arbeit empfindet er nichts als eine stumpfe Gleichgültigkeit. Alles, was mit seinem Leben im Zusammenhang steht, sieht der Melancholiker in düstern Farben, die Zukunft malt er sich sehr schwer und trübe aus und schliesst daraus auf eine Zwecklosigkeit seines Daseins. Hand in in Hand mit der Depression geht oft eine allgemeine Erschwerung im Ablauf der geistigen Bewegungsvorgänge, die sich bis zur völligen Hemmung derselben steigern kann.

Ethische, ästhetische, soziale Gefühle schwinden mehr und mehr. Das Denken ist erschwert und verlangsamt. Der Kranke fühlt selbst seine minderwertige geistige Leistungsfähigkeit und eine allmählich zunehmende Verdummung.

Der Mangel an Selbstvertrauen und Hoffnung macht die Melancholiker stumpf, energielos. Die Willenskraft liegt in schweren Fällen ganz darnieder. Aus dem Gefühl der Zwecklosigkeit seines Daseins und der verminderten Leistungsfähigkeit resultiert allmählich diese ganz krankhafte Willenslosigkeit, die den Kranken verhindert, seinem Beruf und seinen Geschäften nachzugehen, für sein oder seiner Familie Fortkommen zu sorgen, und ihn selbst unfähig machen kann, die einfachsten Verrichtungen des täglichen Lebens, die Aufnahme der Nahrung z. B. selbst zu besorgen, und ihn schliesslich zum Verzicht auf jede Art der Betätigung führt, sodass der Kranke dauernd zu Bett liegt und nicht zu bewegen ist, dasselbe zu verlassen, (Bettsucht). „Diese Herabsetzung der gesamten vitalen Energie und des Selbstgefühls findet", wie Krafft-Ebing sagt, „ihren klassischen Ausdruck in der zusammengesunkenen Haltung, der leisen Rede, den zögernden Bewegungen, der Schlaffheit und Schwäche der Muskulatur des Melancholikers".

Durch das Grübeln nach dem Warum seines Zustandes und die wiederholten Fragen nach der Ursache seiner geistigen Minderwertigkeit kommt der Melancholiker oft dazu,

in sich selbst, in seiner Veranlagung, seinen Fehlern und Schwächen den Grund dafür zu suchen. Es kommt dann zu Selbstvorwürfen. Er sucht in seiner Vergangenheit nach irgend welchen Fehlern und sieht in geringfügigen Dingen des Alltagslebens schwere Verbrechen, die er sich zur Last legt. Auf diese Weise entstehen die Versündigungsideen, die im Verlauf der Melancholie so häufig zu finden sind. Auch finden sich nicht selten Verarmungs- und Kleinheitswahn. In schweren Fällen (Melancholia gravis) kommt es zur Entwickelung von richtigen Sinnestäuschungen. „Die Kranken sehen Gestalten, Geister, die Leichen ihrer Angehörigen; ihnen wird etwas vorgespiegelt, „allerlei Teufelswerk". Grüne Lappen fallen von den Wänden, ein Farbenfleck an der Wand ist ein schnappendes Maul, das den Kindern die Köpfe abbeißt, alles sieht schwarz aus. Die Kranken hören Schimpfworte („faule Sau, schlechtes Mensch, Betrügerin, du bist schuld, du bist schuld"), Stimmen, die sie zum Selbstmord auffordern. Sie spüren Sand oder Schwefeldunst im Mund und elektrische Ströme in den Wänden"! (Kraepelin)

Teils infolge des Versündigungswahns und der Selbstvorwürfe, teils aus unbekannten Ursachen treten bei den Melancholikern die nicht seltenen Angstgefühle auf. Dieselben können von der einfachen ängstlichen Verstimmung bis hinauf zu den höchsten, verzweifeltsten und qualvollsten Angstgefühl alle Stufen durchlaufen. Meist lokalisieren die Kranken diese Angstgefühle in der Herzgegend, es entsteht die sogen. Präecordial-Angst. Diese Angst ist oft ganz unbestimmter Art, oft wird sie auch im Bewußtsein als eine unbestimmte irgend woher drohende Gefahr empfunden.

Bei den Formen von Angst-Melancholie kommt es zuweilen zu regelrechten Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen. Es sind das meist nicht weiter präzisierte Ideen, die von den Kranken nicht besonders systematisiert zu werden pflegen. Vielmehr Ideen allgemeiner Art, die aus dem Bestreben des Kranken entstehen, im Gefühl seiner Minderwertigkeit seine Persönlichkeit in feindlichen Gegensatz zur Außenwelt zu setzen.

Die Angst-Melancholie äußert sich häufig in größerer motorischer Unruhe, in ziel- und zwecklosem Umherlaufen, lautem Jammern, zuweilen auch in triebhaften Handlungen bis zur Tobsucht. (Melancholia errabunda).

Oft kommt es aus dem tiefsten Darniederliegen der Willenskraft und vollständiger Hemmung, meist infolge plötzlich auftretender, qualvoller Angstempfindungen zur

äußerst heftigen psychomotorischen Unruhe. Die Angstgefühle steigern sich dabei bis zur vollsten Verzweiflung, nicht selten mit Bewußtseinstrübung verbunden, derart, daß der Kranke ganz unbewußt eine Lösung und Entladung der hochgradigen psychischen Spannung durch sinnlose, wutartige, triebhafte Handlungen gegen das eigene Leben oder das Leben seiner Umgebung, Selbstverstümmlung, Brandstiftung usw. herbeizuführen bestrebt ist. Wir nennen diesen Zustand „Raptus melancholikus".

Diese elementaren Ausbrüche krankhaften Wahns, die eben eine Reaktion auf besonders qualvolle Bewußtseinsvorgänge sind, wobei zeitweise die bestehenden Hemmungen durch den mächtigen inneren Trieb aufgehoben werden, bilden wohl die Hauptgefahren im Krankheitsbild der Melancholie und machen daher die Anstaltsbehandlung der Melancholiker mit guter Überwachung zu einem dringenden Erfordernis.

Von Krafft-Ebing leitet die Entstehung dieser Gewalttaten der Melancholiker aus drei verschiedenen Momenten ab.

1. aus schmerzlichen Gefühlen und Zwangsvorstellungen,
2. aus Affekten der Angst (Präcordial-Angst),
3. aus Wahnideen und Sinnestäuschungen.

Zur ersten Gruppe gehören die Gewalttaten jener Kranken, die dieselben nicht aus innerer Angst heraus, sondern rein aus ihrer tiefen, schmerzlichen Verstimmung, dem Verfallensein mit der Welt, dem Gefühl der verminderten Leistungsfähigkeit und der daraus entwickelten Zwecklosigkeit ihres Daseins, ferner aus der Vorstellung einer düsteren, leidvollen Zukunft heraus begehen. Die häufigste Form der Gewalttat dieser Art ist der Selbstmord. Auch an anderen Personen werden Gewaltakte begangen in der Vorstellung und aus dem Wunsche heraus, dadurch Zuchthaus oder Todesstrafe und damit Ende der Krankheit und des Leidens aus Richterhand zu empfangen, (sog. indirekter Selbstmord).

Von Krafft-Ebing zählt zu dieser Gruppe auch die Formen von Selbstmord, die durch die Sehnsucht nach der Heimat und das Gefühl der Vereinsamung und Verlassenheit bei Heimwehkrankheiten vorkommen, (Nostalgie).

Auch infolge von Zwangsvorstellungen d. h. krankhaften Vorstellungen, die oft durch schreckhafte Anblicke oder Lektüre von Verbrechen oder Unglücksfällen ausgelöst werden, finden Gewaltakte der Melancholiker statt.

„Unzweifelhaft ist die Vollziehung öffentlicher Hinrichtungen, Veröffentlichung von grauenhaften Verbrechen und Selbstmorden für zahlreiche, sich in der Gesellschaft bewegende, nervenkranke und melancholische Menschen

eine ernstliche Gefahr und nicht selten die Veranlassung zum Entstehen von Zwangsvorstellungen". (von Krafft-Ebing).

Das Charakteristische dieser Art von Gewalttätigkeiten ist die ruhige Überlegung und die besonnene Auswahl der Mittel, ferner das gänzliche Fehlen rein egoistischer Zwecke. Die Tat findet meist nach heftigen inneren Selbstkämpfen statt, und nach der Tat pflegt nie die Reue zu fehlen.

Im Gegensatz dazu ist das Handeln des Melancholikers bei der Angst-Melancholie kein planmässiges, sondern im Zustande von Bewußtseinstrübung vorgenommen, blindwütig, reflektorisch, „Konvulsiv", zum Zwecke der oben beschriebenen Lösung der inneren psychischen Spannung. Demgemäß ist die Gleichmütigkeit gegenüber der Ausdehnung seines Wütens, die Wahllosigkeit der Mittel, die oft beobachtete Grausamkeit dabei, typisch für den Raptus melancholikus der Angstmelancholiker.

Oft kommen die furchtbarsten Selbstverstümmelungen, Einrennen des Kopfes, Ausreißen der Augen, und ähnliches vor. Nach der Tat pflegt sich eine gewisse Erleichterung infolge der gelösten Spannungszustände der Psyche einzustellen.

Gewalttaten aus Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen heraus kommen ebenfalls nicht selten bei Melancholie vor. Da die Wahnideen der Melancholie alle Formen und Arten menschlicher Not, menschlichen Kummers und menschlicher Sorge in sich begreifen, ist der Affekt natürlich ein äußerst mannigfaltiger. Selbstmord aus Sühne für in der Vorstellung des Kranken existierende, in seiner Vergangenheit liegende Verbrechen, ferner infolge von Verarmungswahn aus Sorge um die Existenz zählen zu dieser Gruppe. Gegen die Personen der Aussenwelt, die der Kranke für ihm feindliche hält, (Verfolgungswahn), kommt es ebenfalls zu Gewaltakten, Der Kindermord der Eltern, die von Sorge und Kummer um ihre und ihrer Kinder Existenz gedrückt sind, ist eine in der Literatur häufig wiederkehrende Erscheinung.

Die dritte Form der Melancholie, die Melancholia attonita in ihrer vollen Ausbildung ist eine seltenere Form der Melancholie. Ist schon bei der einfachen Form der Melancholia simplex der Ablauf der Gedankengänge verlangsamt, der Wille gehemmt, die Tatkraft herabgesetzt, so äußert sich die stuporöse Form in ganz hervorrragender Hemmung. In sich versunken, die Ruhe aufsuchend, düster vor sich hinstarrend, den Ausdruck tiefen menschlichen Schmerzes auf den Gesichtszügen, sehen wir den Kranken dasitzen, einsilbig, nur mit Mühe zu den notwendigsten Verrichtungen zu bewegen. Oft findet sich Katalepsie.

Unter hypochondrischer Melancholie verstehen wir jene Arten von Melancholie, die vorwiegend mit hypochondrischen Vorstellungen einhergehen, wobei sich die Kranken besonders mit den in ihrer Vorstellung kranken Organen des eigenen Körpers beschäftigen.

Scharf zwischen diesen einzelnen Formen der Melancholie zu unterscheiden ist schwer, teilweise fast unmöglich, da Übergänge von der einen zur anderen Form die Regel sind und auch verschiedene Formen nebeneinander vorkommen können.

Was die Ätiologie der Melancholie angeht, so sind da die verschiedenartigsten Momente von Bedeutung. Auf jeden Fall spielt die Heredität eine bedeutende Rolle, einmal im Sinne einer gleichartigen Vererbung, dann auch im Sinne andersartiger psychischer erblicher Belastung.

So fanden:
Ziehen in 50% der Fälle erbliche Belastung,
Schott, in 46,4%, bei Frauen 45,5%, bei Männern 48,5%
Kraepelin 53%
Farquharson 38,2% — 34,8% Frauen, 42,2% Männer —,
Soukhanoff und Gannouchkine 82,8% — 81,1% Frauen,
85,7% Männer,
Lipschschitz 40,5%,
Bruhs 32%.

Als belastende Psychosen anderer Art kommen insbesondere Schwachsinn und Paranoia in Betracht. Nicht allzuselten lassen sich auch Epilepsie, Nervosität, Hysterie in der Aszendenz, nachweisen. Einen gewissen Einfluß scheint, wie bei so vielen Geistesstörungen, auch Alkoholmißbrauch oder ausgesprochene Trunksucht der Eltern zu haben.

Nach Lippschitz fand sich Trunksucht der Eltern, meist des Vaters, in 6,7%.

Auch Kraepelin und Ziehen bestätigen den belastenden Einfluß des Alkohols.

An äußeren Schädlichkeiten als Ursachen von Melancholie sind zu nennen früher überstandene Gehirnerkrankungen, dann besondere Charakterveranlagung, stilles, grüblerisches und ängstliches Temperament, Schwermut, psychische Einflüsse, wie Angst, Sorge, Kummer, Reue, Gemütsbewegungen, z. B. bei Verlust der Stellung, bei Konkursen, aus Heimweh. Besondere Ereignisse auf dem Gebiete des Geschlechtslebens spielen ebenfalls eine nicht unbedeutende Rolle in der Pathogenese der Melancholie, so erschöpfende, sexuelle Erregungen, unglückliche Liebe, Schwund der Libido sexualis im Alter und das Nachlassen der Zeugungskraft, ferner bei

Frauen häufig die Kinderlosigkeit und im Klimakterium die Erkenntnis des Schwundes der körperlichen Reize. Die daraus resultierenden Depressionserscheinungen sind garnicht all zu selten. Ferner kann man wohl annehmen, daß körperliche Überanstrengungen und Erschöpfungszustände nicht ohne Einfluß auf das Entstehen der Melancholie sein können. Beim Weibe kommen vielfach Störungen von Vorgängen des Fortpflanzungsgeschäftes in Frage, (Pubertät, Gravidität, Puerperium. Lactation).

Auch sonstige Krankheiten, besonders chronischer Art, können als ätiologische Momente in Frage kommen. Auffallender Weise kommen nicht selten gehäuftere Fälle von Melancholie in Influenzazeiten vor. So fand Kirn unter 54 Influenza-Psychosen 22 Melancholien, Rosie unter 68 Fällen 46 Melancholien. Auch nach Typhus, Cholera, Malaria, akutem Gelenkrheumatismus, Tuberkulose, Basedowscher Krankheit, Magendarmerkrankungen und Geschlechtskrankheiten sind wiederholt Melancholiefälle beobachtet worden. Vereinzelt stellten sich Melancholien nach Operationen ein. Nach Lipschitz handelt es sich dabei wohl um indirekt durch Affekte ausgelöste Melancholie, teils infolge der Angst vor der Operation, teils aus Furcht vor Erwerbsunfähigkeit oder bleibender Verunstaltung durch die operativen Maßnahmen.

Als wichtiges ätiologisches Moment für die Entstehung der Melancholie ist auch ferner noch die Zeit des Rückbildungsalters und das Senium anzuführen. Nach den Beobachtungen vieler Autoren ist es nicht zu bezweifeln, daß das Alter der Involution (Präsenile Zeit und Klimakterium) und das Senium eine gewisse Prädisposition bieten.

Kraepelin fand, daß die ersten Erkrankungen bald nach dem 40. Jahre die letzten bald nach dem 60. Jahre beginnen.

Nach Rückle sind die meisten Melancholien zwischen dem 45. und 50. Jahre. Farquharson fand sie zwischen dem 30. bis 40. Jahre.

Nach Villiger bei Frauen zwischen dem 20. und 40. Jahre, bei Männern einmal zwischen dem 20. und 30. und zwischen dem 45. bis zum 55. Jahre.

Wenn wir nun nach der Häufigkeit des Auftretens der Melancholie im allgemeinen fragen, so finden wir, daß die Melancholie jenen funktionellen Psychosen zuzurechnen ist, die keineswegs zu den Seltenheiten gehören. So ergaben Zusammenstellungen: von Lipschütz unter 29009 Aufnahmen 351 Melancholien = 1,2 %, von 20243 Männern 0,35 %, von 9726 Frauen 2,89 %, von Ziehen, 5,3 % Männer, 16,4 % Frauen.

Von außerhalb der Anstalt beobachteten Psychosen fanden sich 7,2 % Melancholien.

Soukhanoff und Gannouchkine fanden unter 278 Psychosen 6,23 % Melancholien, Männer 3,65 %, Frauen 10,75 %.

Garnier berechnet 3,7 % Männer und 15 % Frauen. Kräpelin berechnete das Verhältnis der Melancholien bei Männern zu dem Verhältnis der Frauen gleich 40 : 60 %.

Farquharson zählt auf 100 Männer 118,5 Frauen, Schott unter 250 Fällen 72 Frauen, 28 % Männer, Mendel unter 206 Fällen 84 Männer und 122 Frauen.

Wir finden also in den meisten Berechnungen eine stärkere Beteiligung des weiblichen Geschlechtes vor. Nach Robinowitsch, Toulouse und Westphal soll diese häufigere Beteiligung der Frauen teils auf schlechtere soziale Verhältnisse, teils auf Erschöpfungszustände im Fortpflanzungsgeschäft zurückzuführen sein.

Lipschitz äußert sich zu dieser Meinung folgendermaßen: „Da die ätiologische Bedeutung der Erschöpfung durch Gravidität und Puerperium nicht so wesentlich ist, um die auffallende Verschiedenheit in der Beteiligung der Geschlechter zu erklären, andererseits aber auch kaum zugegeben werden kann, daß materielle Sorgen, Not und Entbehrung gerade Frauen mehr betreffen sollten, so muß man wohl die Erklärung für die stärkere Beteiligung der Frauen in dem Organismus der Frau selbst und nicht in äußeren Ursachen suchen."

Als körperliche Symptome finden sich bei der Melancholie häufig Mattigkeit, Kopfschmerz, Gliederschmerzen, Beklemmungsgefühle verschiedener Art, besonders häufig in der Herzgegend. Der Appetit ist meist stark vermindert, nicht selten besteht Obstipation. Die Herzaktion ist meist verlangsamt, häufig unregelmäßig. Schlaf in fast allen Fällen gestört, teilweise besteht völlige Schlaflosigkeit. Menstruationsstörungen sind häufig.

Trotz der manchmal gut ausgeprägten Symptome begegnet die Diagnose zuweilen erheblichen Schwierigkeiten. Differenzia diagnostisch kommen vor allem in Frage:

1. Dementia paralytica
2. Paranoia
3. senile Demenz
4. Katatonie.

Große Ähnlichkeit mit der Melancholie können die bei Dementia paralytica vorkommenden Depressionserscheinungen haben. Unterscheidungsmerkmale sind die für Paralyse charakteristische, frühzeitig auftretende geistige Schwäche,

und vor allem die körperlichen Symptome, die artikulatorische Sprachstörung, das Argyll-Robertsonsche Phänomen, das Fehlen oder die Steigerung der Kniescheibenreflexe, Lymphozytose und Eiweissvermehrung der Spinalflüssigkeit. Natürlich ist vor allem auf eine frühere luetische Infektion zu fahnden.

Die bei der Paranoia vorkommende Depression ist als eine Folge der Beeinträchtigungsideen aufzufassen. Sowohl bei den Angstmelancholien, besonders denen des Rückbildungsalters, als auch bei den paranoischen Erkrankungen finden wir nicht selten lebhafte Sinnestäuschungen, die sich bis zum ausgesprochenen Verfolgungswahn steigern können. Die Depressionserscheinungen der Paranoia sind mehr episodischer Art. Die Wahnvorstellungen des Paranoikers zeigen ein fixierteres, wohl ausgebautes System. Meist findet sich mehr Selbstüberschätzung als Selbstbeschuldigung. Nicht selten bildet den Ausgangspunkt des paranoischen Wahns der Alkoholismus, akuter oder chronischer Art (halluzinatorischer Wahnsinn der Trinker).

Schwierigkeiten in der Diagnose bietet auch die Unterscheidung von der senilen Demenz. Für die Dementia senilis spricht die größere geistige Schwäche, die Abnahme der Intelligenz die Absurdität der Wahnvorstellungen und die Tatsache, daß der melancholische Affekt abnimmt, während die Erregung und die geistige Schwäche fortbestehen.

Bei der Katatonie ist der Affekt ein viel oberflächlicherer. Die tiefe trostlose Traurigkeit des Melancholikers fehlt bei der Katatonie. Die Katatoniker zeichnen sich durch besondere Gleichgültigkeit, bis zur Gemütsstumpfheit und völligen Interesselosigkeit gegen die Umgebung aus. Die Denkhemmung ist geringer; Sinnestäuschungen, unsinnige, besonders hypochondrische Wahnvorstellungen vorzugsweise des jugendlichen Alters lassen mehr an eine katatonische Erkrankung denken. Auf motorischem Gebiet zeigt sich eine mehr triebhafte Unruhe, Manieren, Befehlsautomatie, Negativismus.

Die Therapie der Melancholie muß auf ein Fernhalten schädlicher Reize und Erregungen von dem Kranken hinzielen. Zerstreuungen, Reisen, Gesellschaften, das Verbleiben in Beruf und Familie sind nicht zur Heilung der Krankheit geeignet, sondern können im Gegenteil noch verschlimmernd auf den Verlauf der Melancholie einwirken. Am besten ist die Aufnahme des Kranken in eine Anstalt, die das Gefühl ruhigen Geborgenseins in den Patienten erwecken soll.

Bettruhe und gleichmäßig freundliche, geduldige Behandlung werden in vielen Fällen die Traurigkeit des Melancholikers zu bessern im stande sein. Der Schlaflosigeit begegnet man mit lauwarmen Bädern am Abend, Trional oder Brompräparaten. Bäder bei Angstzuständen sind weniger zu empfehlen, besonders wenn es sich um schwere Angstzustände handelt. Bei stärkeren Erregungszuständen ist Opium zu geben, das Westphal überhaupt das „souveräne Beruhigungsmittel" derselben nennt.

Die Hauptgefahren im Verlaufe der Melancholie bieten die häufigen Selbstmordversuche und die im Raptus melancholikus häufig vorkommenden Angriffe auf das Leben der umgebenden Personen. Allein aus diesem Grunde schon ist die Überführung der Kranken in eine Anstalt unbedingt erforderlich. Zum Zwecke der Verhütung von Suicid und sonstigen Gewalttaten ist dortselbst eine ununterbrochene, aufmerksame Überwachung vonnöten.

Über die Prognose des einzeln Falles läßt sich im allgemeinen Bestimmtes selten sagen. Zwar kommt die Melancholie nicht so selten als eine einmalige Erkrankung während des Lebens vor, doch besteht eine entschiedene Neigung zu Rezidiven, besonders nach Anfällen im jugendlichen Alter. Besonders läßt das Vorhandensein größerer Hemmungserscheinungen Rezidive erwarten. Über die Frage, welche Altersstufen die günstigste Prognose für die Heilung bieten, gehen die Ansichten der Autoren noch auseinander. Immerhin ist die Prognose der senilen Melencholien sicher als dubiös zu bezeichnen. Die Dauer der Melancholien beträgt meist mehrere Monate, nach Westphal sind selbst nach 4–5 jähriger Dauer Heilungen beobachtet worden.

Übergehen kann die Melancholie in ganz allmählicher Weise in einen Zustand dauernder geistiger Schwäche. Die Affekte klingen dabei mehr und mehr ab, die Wahnvorstellungen vermindern sich, schließlich kommt es zur ausgesprochenen Demenz. Diese Form findet sich besonders bei den senilen Melancholien. Bei jugendlichen Melancholien sind andauernde geistige Schwächezustände, eine ausgeprägte Demenz nicht beobachtet worden.

Im folgenden möchte ich kurz eine Melancholie skizzieren, in deren Verlauf es zu schwerem doppelten Selbstmordversuch gekommen ist.

Krankengeschichte.

Arbeiter Karl N, aufgenommen am 7. 3. 16., entlassen als geheilt am 10. 7. 16.

Überweisungschein der Königl. chirugischen Klinik vom 7. 3. 17.

Patient Karl N. wurde bei uns eingeliefert, mit Stuhl und Urin besudelt und mit Federn aus seinem zerstörten Federbett überzogen. Er reagierte nicht auf Fragen und Antworten. Chirurgisch hatte er eine durch Suicid herbeigeführte Durchschneidung des linken Nervus medianus und des linken radialen Handbeugers. Da er garnicht reagiert, scheint es sich sicher um etwas Psychiatrisches zu handeln, und ich erlaube mir daher, ihn nach der nötigen chirurgischen Behandlung Ihnen zu überweisen. Wenn keine Störung im Wundverlauf eintritt, wäre ein Verbandwechsel in 3—4 Tagen nötig.

gez. Unterschrift

Psychiatrische und Nervenklinik
K i e l.

Unterm Datum 17 3. 16 von der chirurgischen Klinik, wo er wegen Suicidversuchs eingeliefert war, nach hier überwiesen. Jammert sehr; Schmerzen am linken verbundenen Arm; er könne das Wasser nachts nicht halten, bekäme deswegen kein Logis, er habe das seit 8 Tagen.

Atemluft riecht nach Chloroform, ist noch benommen von der Narkose.

R./L. + (gering nach Narkose)
R./C. +
Augenbewegungen o. B.
Kniephänomäne +
Er würgt und bricht noch andauernd.

8. 3. Habe gestern morgen 50, Quecksilber getrunken, glaubte, es würde rascher gehen (stand im Lager, wo er beschäftigt war). Magenspülung, Öleinlauf.

Urin: Eiweiss 1,4 0/00, Zucker —; alkal. Hatte als Kind Masern und Scharlach, öfters Rheumatismus.

Im Jahre 1893/94 ein Unfall, nämlich eine Durchschneidung der drei letzten Fingerbeuger der rechten Hand (mit der Sense). Im Jahre 1899 hatte er 18 Wochen im

Krankenhaus gelegen, an Magenbeschwerden und Stuhlverstopfung. Vor 4 Jahren Operation wegen Nabelbruchs. Später anscheinend wegen eines Gewächses am Magen operiert vor ca. 3 Jahren. Im vorigen Jahr bekam Patient eine Fleischvergiftung, nachher Hodenentzündung: Hat 16 Wochen im Erfurter Krankenhaus gelegen.

Vater an Lungenleiden gestorben. Wollte sich auch einmal das Leben nehmen

Mutter habe er nicht kennen gelernt. Sie habe den Mann schon vor der Eheschließung — lebten vor der Ehe zusammen — verlassen. Er habe eine Stiefmutter gehabt, 12 Stiefgeschwister, und habe es sehr schlecht zu Hause gehabt. Auf der Schule habe er erst schlecht gelernt, später besser. Es gab dort nur 3. und 2. Klasse. Aus der zweiten wurde konfirmiert mit 16 Jahren, weil er so klein war. Später ging er als Knecht, war immer schwächlich, und konnte nicht viel leisten. Dann war er Laufbursche und Hausdiener. Eine Zeitlang ist er auf der Wanderschaft gewesen und hat sich als Gelegenheitsarbeiter durchgeschlagen. Krämpfe habe er nicht gehabt Er trinke nicht. Nur gestern Morgen habe er eine halbe Bierflasche voll Schnaps getrunken, um sich Mut zu trinken.

Lues wird negiert.

Sein Geld war alle. Er sei erst seit 3 Tagen aus der Stellung. Mußte sie aufgeben wegen der Blasenschwäche. Wirtin wollte ihn deswegen auch nicht mehr behalten. Die Blasenschwäche habe sich 8 Tage nach Neujahr eingestellt. Er trage sich seit 14 Tagen mit Selbstmordgedanken.

Orientierungsproben:
Datum: Ende Februar 16
Tag: unbekannt.
Ort: Krankenhaus
Welches? Er sei hier nicht bekannt.
$6 \times 8 = 48.$
$9 \times 7 = ?$
$4 \times 18 = 72$
$6 \times 19 = 104, 116, 114,$
(1, 3, 4, 8, 5) + (6, 3, 9, 2, 1, 8) +
Unsere Feinde: Rußland, Japan, England, Frankreich, Italien, Montenegro, Serbien.

9. 3. Verbandwechsel. Augenuntersuchung: Papillen beiderseits o. B. R/L. prompt. Bei Konvergenz weicht der linke Bulbus z. Z. nach außen ab. R/C r. +.

Wassermann —.

10. 3. Gestern und heute entleerrten sich ca. 12 cbcm Quecksilber mit Abführmitteln und Einläufen.

11. 3. Auch heute Quecksilber ausgeschieden. Klagt noch über Schmerzen in seinem Arm.

13. 3. Fühlt sich sehr elend, Temp. 37,5.

1. 4. Deprimiert. Klagt viel über Schlaflosigkeit und Kopfschmerzen. Ist außer Bett.

10. 4. Geht in den Garten, ist immer verstimmt, äußert oft Lebensüberdruß sagt, er wolle seinem Leben ein Ende machen. Sein körperlicher Zustand ist gehoben. Er hat an Gewicht zugenommen und die Folgen seines doppelten Selbstmordversuchs sind nicht mehr feststellbar.

17. 4. Liegt ständig zu Bett, verstimmt. Schlaf und Appetit gut

23. 4. Nachts sehr unruhig. Selbstmordgedanken.

28. 4. unverändert. Liegt dauernd zu Bett, verstimmt, klagt öfter über Druck im Kopf, äußert wieder zur Nachtwache Selbstmordgedanken.

6. 5. Unverändert, liegt zu Bett, verstimmt, äußert Selbstmordgedanken Häufige Klagen über Kopfschmerzen.

Verhält sich sonst ruhig, Schlaf und Appetit meist gut. Stimmung ist noch immer bedrückt, denkt oft an die Zukunft und an die geringe Erwerbsmöglichkeit infolge seiner steifen Finger. Hat noch immer Selbstmordgedanken, unterhält sich etwas, liest Zeitung, geht in den Garten.

1. 6. unverändert. Er ist zeitweise etwas weniger bedrückt. Hilft bei den Hausarbeiteu.

9. 6. Leidlich guter Stimmung, beschäftigt sich oft mit seiner Zukunft. Die Hoffnung, daß die Besserung der linken Hand zunimmt, macht ihn etwas zuversichtlicher.

6. 7. Vorstellung in der klinischen Vorlesung. Macht geordneten Eindruck. Ist sonst ziemlich still und schweigsam.

10. 7. Wird als geheilt entlassen (schreibt nachträglich eine Art Erpresserbrief an einen Pfleger, den er beschuldigt, für ihn bestimmte Eßwaren aufgegessen zu haben und verlangt 3 Mark dafür).

Von besonderem Interesse für die Beurteilung des Krankheitsbildes der Melancholie, das uns in der oben beschrieben Krankengeschichte vor Augen tritt, sind noch die Briefe des Patienten, die er vor der Begehung seines schweren Selbstmordversuches an seine Logiswirtin schrieb und die darum in folgendem angeführt werden sollen.

Frau E.

Wollte Ihnen doch wissen lassen, daß ich Ihre Raffiniertheit, seitdem Sie im Besitze meines Geldes von 60,— Mk. sind, so oft durchschaut habe. Sie haben meine traurige Lage dermaßen ausgenutzt das geht ans Grenzenlose. Denn seit Sie das Geld in Verwahrung haben, arbeiten Sie mit allen möglichen Mitteln, mich lossein zu wollen. Ihr Wunsch soll nun in Erfüllung gehen, aber nicht wie Sie es dachten, daß ich abreise und Sie haben das Geld und können es ungestört genießen. Nein, die Früchte, die Sie tragen, sollen Sie auch ernten. Sie haben es so gewollt. Denn das ich mein Geld nie wieder bekommen sollte, habe ich mit eigenen Ohren aus Ihrem Munde gehört, den Abend, als Sie mir meine Rente brachten. Ich hatte Ihrer Mutter vorher gesagt, daß ich 25 Mk. verloren hatte, das wurde Ihnen wieder gesagt mit dem Bemerken, Sie müßten auch dann von meinem Gelde, welches in Ihren Händen ist, wiedergeben. Darauf antworteten Sie, ich werde mich schwer hüten, da wußte ich, woran ich war und faßte einen Plan, der für mich garnicht von Bedeutung ist. Da ich sowieso meinem Leben ein Ende machen wollte, aber für Sie von Verlust und Arbeit und Schande sein wird. Das haben Sie sich durch Ihre verwerfliche Art und Weise selbst zuzuschreiben.

N.

Sie wußten, wie empfindlich ich dafür war, wenn die Leute dahinter kamen. Durch die Unterlagen, die auf dem Hof hingen. Deswegen kamen Sie den Mittag und sagten mir das, nur um zu bezwecken, daß es wohl an der Zeit wäre, auszuziehen. Erst sagten Sie zu mir, als ich Ihnen mal darauf aufmerksam machte, lassen Sie doch die Leute, was sie wollen. Und nun kränken Sie mich damit und dachten, wenn Sie mir das sagten, ich würde sofort ziehen.

Aber mein Plan war reif. Aber die Zeit war dazu noch nicht nahe genug Ich dachte Sie hätten doch Geld genug von mir erhalten.

Kiel, im März 1916,

Werte Frau E.!

Wenn Sie dieses Schreiben vorfinden, bin ich hoffentlich nicht mehr am Leben, denn schon mein Leiden allein und die vielen Redensarten von Ihrer Seite, welche ich von Ihnen mußte anhören, z. B. wenn Sie mir morgens Kaffee brachten, sagten Sie immer das stinkt so, oder bei

Herrn Sch. stinkt die ganze Stube, oder das ganze Bett ist schon wieder so naß. Alle diese Reden schnitten mir durch und durch, denn das wußten Sie doch selbst, daß das nicht zu vermeiden war, wenn das Bett naß ist, wird, wenn ich mich im Schlafe drehe, auch das Oberbett naß. Ich konnte doch nichts dafür. Aber seitdem Sie das Geld, welches ich Ihnen zur Aufbewahrung gab, die 60 Mk. haben, da wurde mir diese Rederei immer mehr zu Ohren gebracht. Auch bin ich nicht mehr im Stande, Ihnen weiterhin für jede Woche 8 Mk. für Logis zu zahlen, denn meine Mittel sind zu Ende.

Das Geld, welches Sie noch im Besitz haben, an 60 Mk., davon sollen Sie 20 Mk. für sich behalten, für Reinigung des Bettes Da haben Sie voll genug dran. Denn ich habe Ihnen doch noch jede Woche 3,50 extra gegeben für die Arbeit, das sind in 8 Wochen auch schon 28 Mk. Sie haben jede Woche das Geld in Empfang genommen und ich habe die Unterlagen selbst ausgewaschen und dann die Redereien mit anhören, dadurch faßte ich den Entschluß, meinem Leben ein Ende zu machen. Da ich auf der Arbeitsstelle nicht die Gelegenheit dazu fand, so mußte ich nun auf diese Weise ein Ende machen.

Was nun das übrige Geld, die 40 Mk., anbetrifft, sowohl auch die Kleidungsstücke und Schuhe überhaupt alles, was mir gehört hat, wird sich wohl die Kieler Armeeverwaltung abholen, welcher ich ein Verzeichnis meiner Sachen nebst Angabe des Geldes eingeschickt. Ich hatte die Absicht, Ihnen alles zu überlassen, da ich aber gemerkt habe, daß Sie mich absolut los sein wollten, und meine traurige Lage so ausnutzten, so habe ich der Armeedirektion Bescheid gegeben, Alles was mir gehört für die Kosten anzurechnen. Dies zeichnet beim Abschied. K. N.

Das ich nicht zu den Bauern gegangen bin, können Sie mir doch nicht verdenken, erstens würde ich mich schämen müssen, und wäre den Mitarbeitern allen Schikanen ausgesetzt. Zweitens würde mich der betreffende Bauer auf alle Art und Weise ausnutzen und ich hätte am Ende nicht einmal eine ordentliche Lagerstätte, und bekäme zu guterletzt nicht mal Geld in die Hände, denn das kennt man schon ausreichend, dann also lieber tot, als so einem Leben preisgegeben So habe ich doch Ruhe für immer.

Eine gewisse Berücksichtigung verdient zum Schluß noch das Krankheitsbild der Melancholie in forensischer Hinsicht. In den mannigfachsten Fällen von Melancholie ist unzweifelhaft eine krankhafte Störung der geistigen Tätigkeit vorhanden. Oft besteht eine gewisse Bewußtseinstrübung, besonders bei den Gewaltakten, die im Raptus melancholikus vollführt werden. Ausgesprochene Bewußtlosigkeit, d. h. ein Aufhören aller psychischen Vorgänge ist allerdings dabei kaum vorhanden. Die meisten Gewalttaten der Melancholiker richten sich gegen das eigene Leben und sind insofern, da unsere Gesetzgebung den Selbstmord nicht bestraft, nicht von praktischer forensischer Bedeutung. Richten sie sich aber auch gegen das Leben der Umgebung, oder kommt es zu sonstigen Straftaten, so würde die Aufgabe des Arztes sein, die Anforderungen des § 51 des Reichs-Strafgesetz-Buches (R. St. G. B.) nachzuweisen, der besagt „eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war."

Zum Schlusse meiner Arbeit möchte ich mich der angenehmen Pflicht entledigen, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling für die gütige Überlassung des Materials und die Durchsicht der Arbeit meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Binswanger-Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie.

Kraepelin: „Über die klinische Stellung der Melancholiefrage" (Monatschrift für Neurologie und Psychiatrie 1899.)

von Kraft-Ebing: Gerichtliche Psychopathologie.

Frerich: J. D. Kiel, „Beitrag zur forensischen Beurteilung der Melancholie".

Kraepelin: Klinische Psychiatrie 3. Bd., 2. Teil.

Lipschitz: „Zur Ätiologie der Melancholie". Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie Bd. XVIII.

Raecke: Grundriß der psychiatr. Diagnostik.

Einige spezielle Abhandlungen.

Lebenslauf.

Ich, Eduard, Heinrich, Johannes, Alfons Schlief, kath. Konfesssion, bin am 1. August 1890 zu Soest in Westfalen geboren.

Meine Eltern sind der Oberstadtsekretär Antonius Schlief und seine verstorbene Ehefrau Elisabeth geb. Peters.

Ich besuchte das städtische Gymnasium zu Münster in Westfalen, das ich im Februar 1910 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Ich studierte Medizin an den Universitäten Münster, Marburg, Freiburg und Kiel. Beim Ausbruch des Krieges trat ich beim Inf. Regt. 13 als Freiwilliger ein. Im Oktober 1914 wurde ich zum Feldunterarzt befördert und bin dauernd im Westen tätig gewesen. Im April 1916 wurde ich zum Feldhilfsarzt befördert. Am 1. November wurde ich zur Beendigung meiner Studien und zur Ablegung des medizinischen Staatsexamens nach Kiel beurlaubt. Am 23. Januar 1917 bestand ich die ärztliche Staatsprüfung und am 26. 1. 17. das Examen rigorosum.